

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 88

Travail du Service de Médecine du Dr B. LYONNET, Médecin de l'Hôtel-Dieu

ETUDE

SUR LES

Manifestations articulaires de la Dysenterie

ET LEUR PATHOGÉNIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 26 Mai 1919

PAR

André CAPÉRONIS

ANCIEN ELÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né au Pirée (Grèce), le 17 novembre 1895.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE LYONNAISE

12, RUE DE LA PARRE, 12

1919

ETUDE

SUR LES

MANIFESTATIONS ARTICULAIRES DE LA DYSENTERIE

ET LEUR PATHOGÉNIE

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 88

Travail du Service de Médecine du Dr B. LYONNET, Médecin de l'Hôtel-Dieu

ETUDE

SUR LES

Manifestations articulaires de la Dysenterie
ET LEUR PATHOGÉNIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 26 Mai 1919

PAR

André CAPÉRONIS

ANCIEN ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né au Pirée (Grèce), le 17 novembre 1895.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE LYONNAISE

12, RUE DE LA BARRE, 12

1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ
ROQUE

DOYEN.
ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LEPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD. TIXIER. BERARD.
Cliniques chirurgicales	FABRE. ROLLET. NICOLAS. LEPINE (J.). WEILL. POLLOSSON (A.) CLUZET. HUGOUNENQ. MOREL. MOREAU. GUIART. TESTUT. X...
Clinique obstétricale et Accouchements	DOYON. COLLET.
Clinique ophtalmologique.	X...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PAVIOT.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	POLLOSSON (M.) COURMONT (P.) ETIENNE MARTIN.
Clinique des maladies des enfants.	X...
Clinique des maladies des femmes.	PIC. FLORENCE.
Physique médicale	
Chimie biologique.	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	
Anatomie.	
Anatomie générale et Histologie	
Physiologie.	
Pathologie interne.	
Pathologie et Thérapeutique générales.	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire.	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique.	
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND, —
Accouchements.	COMMANDEUR, —
Embryologie	LATARJET, —
Anatomie topographique	PATEL, —
Botanique	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale.	VILLARD, —
Clinique infantile	MOURIQUAND, —
Déontologie et médecine professionnelle	X.. —

AGRÉGÉS

MM. CONDAMIN. SIRAUD. BARRAL. COMMANDEUR. NEVEU-LEMAIRE. LAROYENNE. VORON.	MM. NOGIER. LATARJET. BRETIN. LERICHE. THEVENOT (Léon). TAVERNIER. CADE.	MM. MOURIQUAND. ARLOING (F.). GUILLEMARD. POLICARD. GARIN. SAVY. FROMENT.	MM. THEVENOT (Lucien). PIERY. COTTE. DURoux. BONNAMOUR, char- gé des fonctions. SARVONAT, id.
---	---	--	--

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COLLET, Président ; PAVIOT, Assesseur ;
MM. MOURIQUAND et ARLOING, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A mon Président de thèse

M. LE PROFESSEUR F.-J. COLLET

Professeur de pathologie interne

Médecin des hôpitaux

Nous l'assurons de notre vive reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.

A mon Maître

M. le DOCTEUR B. LYONNET

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Il nous a toujours accueilli dans son service avec la plus grande bonté ; il nous a aidé durant nos études de sa haute compétence et de ses excellents conseils ; il a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse. Nous l'assurons que son souvenir sera toujours vivace dans notre mémoire et dans notre cœur.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

Témoignage de ma reconnaissance
et de mon profond dévouement.

A MES JUGES

A M. LE DOCTEUR A. PROBY

Nous nous sentons très heureux d'avoir cette modeste occasion pour lui adresser notre grande reconnaissance pour la bienveillante sympathie dont il nous a entouré pendant notre internat provisoire à l'hospice du Perron.

INTRODUCTION

Il y a fort longtemps que des manifestations articulaires ont été observées au cours de la dysenterie. Depuis Hippocrate jusqu'à l'époque contemporaine plusieurs théories ont été émises au sujet de leur pathogénie ; les uns les considèrent comme une métastase, les autres comme un réflexe sympathique ; ce n'est que depuis la découverte de la sérothérapie, que plusieurs autres rangent ces manifestations parmi les accidents sériques. Mais la question commence à être éclaircie depuis les travaux et les observations de M. Remlinger en 1898 ; cet auteur émet le premier l'idée de la théorie infectieuse dans ses deux monographies publiées à la *Revue Médicale* ; ensuite Bouchard et d'autres auteurs ont soutenu cette opinion.

Malgré tous les efforts faits depuis, la pathogénie reste toujours plus ou moins obscure ; nous n'avons point l'intention par ce modeste travail d'y mettre la lumière, mais nous tâcherons de faire tout notre possible pour venir en aide aux grands efforts contemporains.

C'est dans une pensée pareille, que nous allons étudier les manifestations articulaires survenant au cours de la dysenterie, en nous basant sur deux

observations du service de M. B. Lyonnet et deux autres empruntées aux monographies de M. Remlinger.

Nous exposerons, après quelques mots d'histoire, l'étude clinique de ces quatre cas observés avec les résultats du laboratoire. Le troisième chapitre sera consacré au diagnostic différentiel avec les autres affections articulaires et notamment le rhumatisme articulaire aigu; nous y rattacherons le traitement. En dernier lieu un chapitre fera l'objet de la discussion pathogénique.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les manifestations articulaires de la dysenterie ont été signalées dès l'antiquité ; le père de la médecine, Hippocrate, dans son traité, au livre « Prénotions coaques », après avoir défini la dysenterie comme « un flux putride » qui se précipite avec le sang corrompu, nous dit que : « une dysenterie s'arrêtant intempestivement produit un dépôt soit dans la poitrine, soit dans les viscères, soit dans les articulations. (Δυσεντερική ἀκκίρωξ ἐπιστάσα ἀπόστασιν ἐν πλευροῖσιν, σπλάγχχοις ἐν ἄρθροῖσιν ποιεῖ). Plus loin, en relatant les lésions articulaires au cours de la dysenterie, Hippocrate se demande si c'est la dysenterie bilieuse qui produirait ces manifestations et la dysenterie sanguinolente qui produirait les complications dans la poitrine et les viscères (ἡ μὲν χολώδης ἐν ἄρθροισιν, ἡ δὲ αἱματώδης ἐν πλευροῖσιν ἢ σπλάγχχοις).

Coelius Aurélianus définit la dysenterie : un rhumatisme intestinal « rhumatismus intestinorum cum ulcere » et signale l'arthralgie au cours de cette maladie.

Alexandre de Tralles paraît aussi avoir remarqué les complications articulaires, étant donné, qu'il

admet la dysenterie comme un ensemble de rhumatisme et de catarrhe.

Pendant toute la période qui suit on ne trouve aucune mention d'arthropathie dysentérique. Il faut arriver à Sydenham, vers 1660, pour trouver en termes précis mention de ces manifestations; dans la dysenterie, dit-il, les malades ressentent dans les muscles et les extrémités des douleurs se rapprochant de celles du rhumatisme.

Plus tard, Sydenham, pendant l'épidémie de 1672, constata que ses malades atteints de dysenterie ressentait des douleurs dans la musculature et les articulations.

Une épidémie de dysenterie survenue à Mayence, de 1757 à 1759, permet à Strank de constater les douleurs articulaires; il attribua ce phénomène à un poison subtil qui se fixerait dans les muscles et les articulations et produirait ainsi du rhumatisme; il nous prévient donc dudit poison par les termes suivants : « Venenus dysentericum si solum pectus occupat fit asthma, membra fit arthrites ».

Zimmermann, de Berne, signala aussi les arthropathies dysentériques; dans son traité, il écrit, que pendant l'épidémie, qui régna en 1765 « beaucoup de malades se sentirent une goutte vague, d'autres eurent les pieds enflés pendant longtemps ». Il considère ces manifestations comme dues à un phénomène métastatique, par suite de l'arrêt du flux dysentérique; cet arrêt du flux est dû, pour l'auteur, à la mauvaise médication, consistant en ce moment à l'administration de l'ipéca et des opiacés. Voilà à

titre de curiosité la citation dans son traité sur la question : Un des grands routiniers de Thurgeau, bornait toute sa thérapeutique en deux choses : premier jour, ipéca ; deuxième jour, laudanum. Les malades de ce routinier, paraît-il, moururent presque tous d'hydropisie, ou dans les plus cruelles souffrances arthritiques.

Une paysanne prit un astringent, que lui donna le bourreau de Berne, qui fit cesser ainsi le flux du ventre et les douleurs ; elle mourut un mois après des douleurs articulaires.

Les uns ayant pris des prétendues gouttes d'opium virent leurs mains et leurs pieds enfler et devinrent perclus.

Comme on le voit dans ces trois passages du traité de Zimmermann, cet auteur décrit nettement les arthropathies dysentériques, mais il se trompe sur leur pathogénie.

Lépecq de la Cloture publiant les observations de l'épidémie dysentérique de Caen dit : « Cette affection très longue chez un grand nombre de malades, se termine souvent par des dépôts sur les extrémités et surtout par des douleurs aux articulations, semblables au modus de la goutte ; elle se termine aussi souvent par des ankyloses, dont quelques-unes ont suppuré ».

Une autre épidémie survenue à Ferges, en 1767, donne l'occasion à Lépecq de la Cloture de renouveler ses constatations de l'épidémie de Caen ; « la plupart des malades, dit-il, restèrent perclus de leurs membres et y souffraient de douleurs intolérables ».

Cet auteur, comme Zimmermann, se trompe sur la pathogénie de ces manifestations, qu'il considère comme le résultat de l'arrêt du flux dysentérique ou comme une terminaison chronique de la dysenterie.

Stoll rejetant la théorie de la métastase, survenant par l'arrêt du flux, émet le premier l'idée de la même affinité morbide pour la dysenterie et ces affections articulaires et il confond même ces deux affections en une seule entité morbide.

La doctrine de Stoll est que la même cause provoque les deux maladies et que selon les circonstances, tantôt cette cause donne la dysenterie, tantôt le rhumatisme. Les circonstances, donc d'après cet auteur, pouvaient faire commencer la maladie comme dysenterie et se terminer comme rhumatisme et *vice versa*, étant donné que ces deux maladies représentent la même affection, proviennent de la même cause, mais prennent à nos yeux une double forme.

Les épaules chez les uns, la nuque chez les autres ou les poignets, ou les genoux furent en proie, au cours de la dysenterie, d'une douleur déchirante, les tranchées et les déjections n'ayant pas lieu. De même aussi, la dysenterie survenant, on peut voir les rhumatismes des membre disparaître subitement.

Franc, Broussais et Pinel, en 1820, affirment eux aussi l'existence de lésions articulaires en cours de la dysenterie, mais ils interprètent mal leur pathogénie.

Vigne fait paraître cinq ans après Franc un traité sur la dysenterie où il cite les arthropathies ; il les attribue, comme Zimmermann à l'arrêt du flux dysentérique.

Fallot publia en 1835 une monographie sur l'épidémie de dysenterie de Vienne ; il y nota la fréquence des arthropathies et pensa qu'elles sont critiques d'une solution heureuse. Il attribua la pathogénie à la métastase, comme Zimmermann.

Thomas de Tours, nie la fameuse théorie de métastase, comme aussi la théorie de l'identité de la dysenterie et des arthropathies dysentériques et il émet l'idée de la prédisposition des articulations aux arthropathies dysentériques.

Pour Thomas de Tours, une articulation, atteinte d'une phlegmasie quelconque, peut-être frappée d'une inflammation, sous l'influence de la cause la plus légère. Il pense donc qu'il y a un rapport, de cause à effet, entre les deux affections et que la dysenterie, appellerait le rhumatisme chez les sujets prédisposés.

Thomas donc, au même titre que Stoll, comme nous le verrons dans le chapitre de la pathogénie, est le premier qui se rapprocha le plus près de la vérité, étant donné qu'il attribua les arthropathies à la cause même de la dysenterie, mais avec quelques réserves.

Chomel, 1887, rapporte un cas d'arthralgie dysentérique.

Camby admet le rhumatisme comme une des terminaisons de la dysenterie. Les autres modes de terminaison de la dysenterie seraient, pour cet auteur, la sciatique et la pleurésie.

Hespel cite lui aussi les douleurs articulaires vers la fin de la dysenterie, mais en termes bien vagues.

Sylvestre et Dutrouleau décrivent, en 1875, les douleurs articulaires au cours de la dysenterie comme un mode de terminaison de cette maladie ; les autres terminaisons pour ces auteurs seraient la sciatique ou les atrophies musculaires. Ils rapportent un cas d'atrophie complète de la musculature de la jambe.

Deliou de Savignac reconnaît l'existence de douleurs articulaires au cours de la dysenterie, comme on peut le voir à l'exposé de ses idées dans la thèse de Fernet, en 1865, et dans celle de Balle, en 1866.

Trousseau décrit, dans les cliniques de l'Hôtel Dieu, la complication articulaire, il spécifie même que le genou est le lieu d'élection. Dans une de ses observations il mentionne que, dans une arthrite au cours de la dysenterie, le liquide était tellement intense qu'il occasionna la rupture de la capsule.

Quant à la pathogénie de cette affection, Trousseau partage l'opinion de Zimmermann.

Une épidémie survenue à Brest, en 1867, permet à Gestin de constater plusieurs cas d'arthrite dysentérique. Presque à la même époque Ollier signale l'association du rhumatisme et de la dysenterie.

De même Goudain au cours de l'épidémie de Sarthey.

Barellier, reconnaissant les manifestations articulaires au cours de la dysenterie, dit que : « cette complication n'influence nullement la marche de la maladie ».

Huette émet une hypothèse assez curieuse pour expliquer ces manifestations articulaires ; il admet les lésions articulaires dysentériques, qu'il différencie d'ailleurs du rhumatisme articulaire banal, comme

un résultat réflexe de lésions intestinales sous l'influence de conditions épidémiques et de la mauvaise médication.

Nous notons en passant que Huette admet cette complication comme une entité morbide qu'il rapproche beaucoup de l'arthrite blennorragique.

Quinquaud a eu l'occasion de remarquer quatre ou cinq cas d'arthrite dysentérique dans l'hôpital Saint-Antoine; il y voit tout simplement un symptôme de la dysenterie.

Duplay, dans son traité de pathologie externe, revient à la théorie de Thomas de Tours, et admet la prédisposition des articulations à cause d'une faiblesse locale quelconque.

Tétu, dans sa thèse inaugurale, émet une nouvelle théorie sur la pathogénie de l'arthrite dysentérique. Il la conçoit comme le résultat d'une pyohémie dysentérique; par conséquent, il la considère comme une arthrite.

La pyohémie serait provoquée par suite de lésions de l'épithélium intestinal.

Bourey, dans sa thèse inaugurale sur le pseudo-rhumatisme infectieux, considère l'arthrite dysentérique comme une maladie infectieuse, par suite de pénétration d'un parasite dans l'articulation. Le parasite serait l'amibe de la dysenterie. C'est à noter aussi que cet auteur décrit et différencie bien nettement les symptômes de l'arthrite dysentérique de ceux du rhumatisme banal; il rapproche cette complication, au point de vue symptomatologique de l'arthrite blennorragique.

Bérenger-Feraud, dans son traité, constata la coïncidence des arthropathies dysentériques et de conjonctivites.

Fraudet dans sa thèse, exposant la ressemblance de la symptomatologie des arthrites dysentérique et blennorragique, accepte l'explication pathogénique de Huette. (Théorie sympathique en réflexe.)

Demeyre constitue de l'arthrite dysentérique une maladie infectieuse distincte, n'ayant avec la dysenterie que de rapports minimes.

Mienotte admet les complications articulaires de la dysenterie, mais il les considère comme un rhumatisme vulgaire, tant qu'on n'aura pas constaté la présence de microorganismes dans l'épanchement arthritique.

Remlinger, en 1898, dans la *Revue Médicale* admet l'arthrite dysentérique comme une complication de la dysenterie et apporte dans ses observations la distinction de ces arthrites en deux catégories; sèches et douloureuses ou hydropisiques.

L'agent pathogène, pour cet auteur, serait un bacille de la série de coli ou leurs substances toxiques élaborées dans l'intestin.

Tout dernièrement, la découverte du sérum antidysentérique bouleversa complètement les théories exposées plus haut. Plusieurs auteurs admettent que l'arthrite dysentérique ne serait pas une complication de la dysenterie, pas plus qu'un rhumatisme articulaire aigu, mais elle serait tout simplement un accident sérique.

Le sérum antidysentérique provoquerait la pro-

duction des anticorps, dans le sang du malade, les précipitines, dont le but est de débarrasser les injectés de certaines substances toxiques de leur sérum. Ces anticorps neutraliseraient donc ces substances toxiques en les précipitant dans les articulations ; d'où l'arthrite dysentérique.

Voilà donc l'histoire de l'arthrite dysentérique. Comme on le voit, la difficulté de l'explication pathogénique de cette affection a provoqué des théories et hypothèses diverses, dont la plupart plus ou moins erronées.

CHAPITRE II

Description clinique.

Le tableau clinique de l'arthrite dysentérique est bien caractéristique. Comme on le verra dans notre description, les symptômes se rapprochent beaucoup de ceux de l'arthrite blennorragique.

Avant d'entrer dans la description symptomatologique de cette maladie, il faut déterminer l'époque de son apparition au cours de la dysenterie; d'après ce que nous trouvons dans les différentes études et observations, nous pouvons indiquer comme moment de son apparition le plus souvent la fin de la dysenterie, au moment où les selles tombent à une ou deux par jour, et quelquefois le commencement même de la convalescence.

C'est justement cette fréquence de l'apparition de l'arthrite vers la fin de la dysenterie, qui a servi de base à la théorie de métastase, d'après laquelle le flux dysentérique, cessant subitement de s'évacuer par l'intestin, passerait dans les articulations.

Mignotte, interprétant dans sa thèse les idées du Professeur Lassègue, indique comme moment de l'apparition, celui où les selles sont moulées et de meilleure nature.

De même, Thomas de Tours, Huette et Quinquaud placent cette apparition vers la fin de la dysenterie ou au commencement de la convalescence.

Cependant il y a des cas où l'arthrite dysentérique apparaît en pleine dysenterie, comme aussi quelques jours après le début de cette dernière; on a noté, en plus ce cas d'arthrite dysentérique, survenant en même temps que la dysenterie; cette dernière éventualité est extrêmement rare, sinon inexistante, étant donné qu'il peut y avoir quelquefois coïncidence de rhumatisme et de dysenterie.

A) DÉBUT DE LA MALADIE.

La maladie commence, le plus souvent, insidieusement; quelquefois des douleurs vagues dans les articulations n'attirent même pas l'attention du malade. Les douleurs sont rarement uniarticulaires.

Bourgey note que le début est marqué par des frissonnements légers, par un malaise mal défini et une rachialgie, simulant ainsi le début de la variole. Souvent le début de la maladie n'est pas marqué par de l'hyperthermie; quelquefois, pourtant, il peut y avoir une faible élévation de la température, ne dépassant que très rarement 38°5. Une température au-dessus de 39° serait une exception. Le pouls bat à 80 ou 90 à la minute.

En plus on a noté (thèse de Lara), une conjonctivite intense au début de la maladie. Les yeux sont injectés; il y a du larmolement. Nous l'avons aussi remarqué dans une de nos observations, citées plus loin. Pendant les premiers jours, les symptômes restent sans chan-

gement, mais bientôt la douleur change de caractère en augmentant d'intensité dans une articulation, elle diminue progressivement dans les autres, pour en disparaître sous peu complètement; il y a donc une localisation uniarticulaire de la douleur, rarement polyarticulaire. Cette articulation douloureuse sera ainsi le lieu d'élection de la maladie. Elle est le plus souvent le genou; tantôt un seul genou est pris, tantôt les deux à la fois. Plus rarement on peut avoir, comme siège de la maladie, les autres articulations. Bourgey note, dans une de ses observations, l'articulation sternoclaviculaire.

On rencontre assez fréquemment la localisation à l'articulation du poignet.

B) PÉRIODE D'ÉTAT.

La douleur augmente de plus en plus, mais elle n'est presque jamais très forte; le poids de la couverture ne paraît pas incommoder le malade, sauf dans quelques cas d'exacerbation de la douleur.

La température reste modérée ou elle est normale; quand elle existe, elle est toujours vespérale et irrégulière; le pouls bat à 90 ou 100 à la minute.

Pendant cette période l'articulation commence à enfler, les méplats latéraux disparaissent et le genou devient globuleux, il se tuméfie.

Cette tuméfaction est de degré très variable et peut, quelquefois, devenir considérable. A ce moment l'examen de l'articulation nous fait remarquer que la température locale est normale ou peu élevée; la peau du genou est rarement d'une légère rougeur, violacée,

mais elle n'a jamais cette rougeur inflammatoire caractéristique du rhumastisme articulaire aigu. Le plus souvent, au contraire, la peau est décolorée, rappelant ainsi l'œdème blanc et mou.

La pression du genou éveille une douleur assez forte. Plus tard, quand l'épanchement commence à se former, on obtient le choc rotulien.

Pendant cette période, on ne constate pas les sueurs profuses, d'odeur forte, repoussantes et caractéristiques du rhumatisme articulaire aigu.

Les urines sont normales et en quantité suffisante. Que fait la maladie initiale, la dysenterie, pendant cette période? Si cette arthrite a apparu à la fin de la maladie, il est rare que cette dernière récidive; si l'arthrite apparaît au contraire en pleine période d'état de la dysenterie, cette dernière, le plus souvent s'atténue et quelquefois même peut disparaître. De sanguinolentes, les selles deviennent jaunâtres; quelquefois elles ne se modifient qu'insensiblement.

C) EVOLUTION ET DURÉE DE LA MALADIE.

La durée en moyenne est de quarante jours; la maladie évolue vers la guérison; les douleurs diminuent de plus en plus; le liquide se résorbe, mais avec une lenteur désespérante.

L'évolution avec *restitutio ad integrum* est la règle. Il n'y a pas d'adhérence dans l'articulation. La raideur de l'articulation et, à plus forte raison, l'ankylose est une exception.

Quelquefois, on peut voir d'autres articulations être prises secondairement. La complication alors prend

la forme polyarticulaire. Ces nouvelles poussées évoluent comme la première ; parfois l'épanchement ne se résorbe pas, il reste stationnaire, ou il augmente considérablement et acquiert, dans certains cas, très rapidement un volume énorme.

Trousseau, dans sa *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, dit que d'un de ses malades le liquide était si abondant qu'il occasionna la rupture de la capsule. D'autres fois le liquide se transforme en pus.

Lépecq de la Cloture et Thomas de Tours, citent des cas de suppuration de l'épanchement, mais leurs observations ne sont pas bien concluantes et spécialement celles de Thomas de Tours, où la suppuration serait due à la variole survenue au cours de la dysenterie.

D) COMPLICATIONS.

La sciatique, péricardite et endocardite, la pleurésie et la conjonctivite, que citent Camby, Sylvestre, Béranger, Feuraud, comme complications de l'arthrite dysentérique ne paraissent pas l'être réellement.

Dans la plupart de ces observations, il s'agissait de malades avec des antécédents rhumatismaux.

Une complication, que l'on peut réellement observer à la suite de l'arthrite dysentérique, serait l'atrophie du quadriceps.

DEUX OBSERVATIONS DU SERVICE DE M. LE D^r B. LYONNET

OBSERVATION I

P. L. . . . , soldat de la classe 1898.

A. H. Rien à signaler.

A. P. Douleurs vagues, il y a un an, dans les articulations tibio-tarsiennes.

Le malade est évacué de l'infirmerie de la Part-Dieu à l'Hôtel-Dieu, avec le diagnostic : diarrhée dysentériforme, commencée le 18 septembre; vingt selles par jour.

L'examen du malade, à son entrée à l'Hôtel-Dieu, démontre une légère hyperthermie 38°, 100 pulsations. Le nombre de selles dans la journée est de cinquante. Urines légèrement albumineuses et en quantité insensiblement diminuée. On lui administre quinze grammes de sulfate de soude et un lavement à l'eau oxygénée.

Les jours suivants on traite le malade par des piqûres de sérum antidysentérique, jusqu'au 30 septembre, jour où le nombre de selles tombe à 12; la quantité totale de sérum administré est de 220 c. c. Le 2 octobre, les selles sont au nombre de douze; le 3 des douleurs articulaires apparaissent avec tendance de localisation aux deux genoux. La température monte à 38°5; le soir on constate un gonflement léger du genou gauche. Les selles tombent au nombre de quatre. Le 4 octobre la température est de 38°; on administre une potion de chlorure de calcium.

Le 6 octobre, température 38°1; deux selles bilieuses, les phénomènes articulaires restent stationnaires. On administre 1 gr. 50 d'aspirine.

Le 8 octobre, pas de selles. Les douleurs du genou gauche sont un peu plus fortes que les jours précédents; au contraire, celles du genou droit diminuent. On pratique la ponction du genou gauche et on en retire 40 c. c. d'un liquide

jaune, très légèrement louche ; on l'a envoyé immédiatement au laboratoire où l'examen cytologique a montré de très nombreux éléments cellulaires, dont la majorité sont des leucocytes.

Examen cytologique :

Lymphocytes	44 %
Polynucléaires	36 %
Plasmozellen	2 %
Cellules endothéliales	18 %

En outre, la culture de cet épanchement reste stérile.

On continue l'administration de l'aspirine.

Le 13 octobre, les selles augmentent et atteignent le nombre de sept. On cesse l'administration de l'aspirine et les selles tombent à zéro.

Du 13 jusqu'au 28 octobre, on alimente le malade par le régime lacté et plus tard, par le petit régime. Entre temps les douleurs du genou gauche continuent, mais le gonflement ne reprend pas les proportions d'avant la ponction.

Le 29 octobre, on procède à une nouvelle ponction et on en retire 20 c. c. de liquide qui, examiné au laboratoire, nous donne les mêmes résultats que le premier.

Notons que la ponction du genou droit est restée blanche.

Le 8 novembre, jour de la prise de l'observation par nous, on constate que les deux genoux sont légèrement enflés, choc de la rotule, de deux côtés, bien manifeste. Les mouvements des deux genoux sont douloureux. L'articulation du poignet droit est un peu douloureuse.

Le 9 novembre, jour qu'on évacue le malade pour un hôpital complémentaire de convalescent, on constate le même état des articulations.

OBSERVATION II

Pierre S., soldat de la classe 1902.

A. H. Rien à signaler.

A. P. Le malade avait toujours eu une bonne santé ; il n'a jamais eu de rhumatismes.

L'évacuation du malade à l'Hôtel-Dieu porte le diagnostic de diarrhée dysentérique.

A l'entrée du malade au service, on constate une élévation légère de la température à 38° et 94 pulsations. Vingt selles par jour qui sont sanguinolentes et glaireuses.

Comme traitement, on fait du sérum antidysentérique jusqu'au 29 septembre; dose totale administrée jusqu'à ce jour 200 c. c.

Le 30 septembre, on administre 15 grammes de sulfate de soude et un lavement à l'eau oxygénée.

Les selles sont tombées, ce jour même, au nombre de six. La température était de 37°8 et le pouls battait à 77 à la minute.

Le 5 octobre on commence l'alimentation absolument lactée.

Le 6 octobre on donne un lavement à l'eau oxygénée; on administre, en plus, 0,08 d'émétine, jusqu'au 9 octobre. Les selles, ce jour, tombent au nombre de deux et la température est à 37°5.

Le 10 octobre apparaissent des douleurs articulaires aux deux genoux; elles sont surtout prononcées à droite. Le soir même, on constate un léger gonflement du genou droit. la température reste stationnaire; les selles tombent et tendent à disparaître.

Le 11 octobre, on administre une potion avec vingt gouttes de laudanum et quatre grammes de bismuth.

Les selles tombent ce jour même à zéro et la température à 36°4. Les douleurs pourtant continuent.

Pendant huit jours de suite le malade reste immobile et on lui fait des enveloppements iodés. Les douleurs ont tendance à diminuer.

Le 6 novembre, jour de l'évacuation du malade pour un hôpital complémentaire de convalescence, on constate un léger gonflement de l'articulation du genou droit, avec choc rotulien. La douleur est peu vive, mais exagérée par les mouvements d'extension.

DEUX OBSERVATIONS EMPRUNTÉES A L'ARTICLE DE M. LE D^r REMLINGER

(*Revue Médicale* du 4 février 1898.)

OBSERVATION I

M., soldat, ayant sept mois de service à la 21^e section d'infirmiers militaires; a toujours joui d'une excellente santé. Il n'est ni rhumatisant, ni fils de rhumatisant; il n'a jamais contracté de maladie vénérienne, pas de tuberculose, pas de paludisme.

Le 1^{er} juin, brusquement, sans cause connue, il est pris de symptômes classiques de dysenterie: selles glaireuses, striées de sang, épreintes, ténesme, coliques le long du gros intestin. Ordonné de M. l'Officier-comptable, il tente de continuer son service, il ne se fait porter malade que le 7 juin au matin. Il entre immédiatement à l'hôpital. A ce moment, il a vingt selles par jour « raclures de boyaux », absolument typiques.

Les épreintes, les ténesmes sont les mêmes qu'au début. La douleur est moyenne à la pression de la fosse iliaque gauche. Aucun autre symptôme. Diète lactée. Calomel le premier jour, puis sulfate de soude à dose fractionnée. L'amélioration est très rapide; le 12 juin le malade n'a plus que deux selles pâteuses. On commence l'alimentation et il obtient la permission de se lever.

Le 14, une selle moulée; la dysenterie peut être considérée comme terminée.

Le 15, à la visite du matin, le malade attire l'attention sur son genou droit; la veille, en se levant, il ressentit une douleur sourde au niveau de ce genou, mais il a éprouvé surtout une grande difficulté de le plier. Il a voulu se promener, comme d'habitude, mais il a été bientôt obligé de se recoucher.

On est frappé de suite du volume énorme de la jointure

qui est globuleuse et arrondie et paraît distendue par une quantité de liquide très considérable. Les mensurations relèvent, au niveau du bord supérieur de la rotule, une différence de trois centimètres au profit du genou droit. Les culs-de-sac synoviaux et, en particulier, les culs-de-sac sous-tricipital forment un relief très marqué. Le choc rotulien est très net. La peau ne présente aucune modification de température ni de couleur. Les mouvements articulaires sont comme bridés; la flexion très limitée. Les symptômes subjectifs sont peu marqués, ils consistent simplement à une douleur sourde sur laquelle, par intervalles, se greffent quelques lancées. La forte distention synoviale et la gêne fonctionnelle sont de beaucoup les symptômes prédominants. Point de phénomènes généraux; le cœur est sain; il n'existe aucune trace d'épanchement dans les autres séreuses de l'organisme. Tous les organes sont en parfait état. Température 37°. La dysenterie ne fait aucun retour offensif.

TRAITEMENT. — Badigeonnages de teinture d'iode, pansements ouatés compressifs; immobilisation dans une gouttière. Antipyrine à la dose de deux grammes.

16 juin, le malade souffre plus que la veille, il accuse une sensation de distention « comme si son genou allait éclater » et sollicite la réfection du pansement. L'articulation est manifestement augmentée de volume.

La manœuvre du choc rotulien paraît rapprocher considérablement la rotule des condyles, mais on ne peut pas obtenir qu'elle vienne à leur contact. A le tenter, une résistance tout à fait spéciale, vraisemblablement la grande abondance du liquide et sa forte tension, s'opposent à ce que ce contact soit obtenu. Même traitement.

Le 17 juin, le malade souffre moins; la différence entre les deux genoux est de 4 centimètres. La rotule demeure très écartée des condyles. La synovie paraît distendue au maximum. Devant cette énorme distension, nous nous rappelons l'observation d'arthrite dysentérique de Trouseau, où l'épanchement prend ces proportions exagérées, occasionnant la rupture de la capsule, et nous nous décidons à enlever une petite quantité du liquide.

Après une antisepsie minutieuse de la région, on pratique

à l'aide de seringue de Debose, stérilisée par l'ébullition, une ponction au niveau de la surface supéro-externe de la rotule et l'on retire 20 centimètres cubes d'un liquide blanc, filant, un peu louche, et refoulé immédiatement dans un tube stérilisé pour être étudié au point de vue bactériologique. L'aiguille de la seringue étant demeurée en place, on extrait par une nouvelle opération 20 autres centimètres cubes par la petite plaie. On obture ensuite la plaie à l'aide d'une légère couche de coton imbibée au collodion iodoformé. Pansement compressif; immobilisation dans la gouttière.

Le 18 juin, le malade se déclare soulagé; aucun mouvement fébrile.

Le 19 juin, même absence de douleur au niveau du genou. Apparition de douleurs rhumatoïdes au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. La synoviale est distendue par une petite quantité de liquide. Les mouvements provoqués et spontanés sont très limités; la peau ne présente aucune modification de température ni de coloration. Badigeonnage de teinture d'iode, pansement compressif, immobilisation.

26 juin. Le malade accuse de nouveau quelques douleurs dans le genou droit; le pansement compressif n'a pas été défait; depuis la ponction, il est encore maintenu à sa place. L'articulation tibio-tarsienne n'est plus douloureuse, mais le gonflement persiste.

6 juillet. En dépit de la compression et de l'immobilisation, le liquide, épanché dans le genou droit, n'a aucune tendance à se résorber; on se décide à l'évacuer complètement. Après les précautions antiseptiques d'usage, l'aiguille moyenne de Potain est enfoncée dans l'article au niveau du bord supéro-externe de la rotule. La ponction donne issue à 65 centimètres cubes de liquide très différent du liquide extrait la première fois. Il est épais, visqueux et a une teinte rosée; très riche en fibrine, il se coagule en masse dès sa chute dans l'appareil. Occlusion au collodion iodoformé, pansement compressif, immobilisation.

9 juillet. Le malade n'a pas souffert; aucun mouvement fébrile.

16 juillet. Le pansement est défait; le liquide n'est pas

reproduit. L'écart entre les deux genoux n'est plus que de 2 centimètres. Les mouvements s'effectuent normalement sans gêne ni douleur. L'atrophie du quadriceps est minime.

L'articulation tibio-tarsienne est toujours augmentée de volume et ses mouvements sont très limités ; quelques douleurs lancinantes par intervalles. Le séjour au lit est prolongé par suite de cette articulation.

1^{er} août. L'articulation tibio-tarsienne est devenue libre ; le malade obtient la permission de se lever et s'habitue à faire des marches de plus en plus longues ; aucune récurrence des hydarthroses.

24 août. M... quitte l'hôpital et part pour deux mois de convalescence. A ce moment il n'éprouve la moindre douleur ni la moindre gêne dans le genou. Il rentre dans la 21^e section d'infirmiers après sa permission. Le *restitutio ad integrum* est complet. Jamais il n'a été exempt de service pour des douleurs articulaires, faiblesse, courbature, etc.

Examen microscopique du liquide retiré le 17. — Par le repos dans une pipette effilée, le liquide filant, hyalin, très légèrement louche, qui constitue l'épanchement articulaire, laisse se former un dépôt minime, un peu opaque. Sa coloration examinée, ce dépôt paraît constitué par un liquide transparent homogène, dans lequel nagent des leucocytes vulgaires et des cellules endothéliales plates, plus intéressantes ; les unes sont creusées de vacuoles ; d'autres renferment des granulations réfringentes, que leur coloration en noir à l'aide d'une solution d'acide osmique montre constituées par de la graisse. De ces cellules les unes sont entières ; d'autres sont réduites à quelques débris, leur noyau est toujours peu apparent. La préparation ne renferme aucune forme microbienne ; on ne constate non plus nulle part d'autres éléments. Il nous suffira de signaler la possibilité d'une confusion en ce qui concerne quelques leucocytes à forme un peu irrégulière, voire pourvues de quelques prolongements ; l'examen des préparations colorées à l'aide des couleurs d'aniline acide ou basique (éosine, bleu de méthylène, thionine) n'a permis d'ajouter aucune notion aux précédentes. Enfin les amibes ont été recherchées avec

un soin tout à fait particulier par le procédé personnel préconisé par Peyrot et Roger : une parcelle du dépôt, fermée au fond de la pipette effilée, est étalée en couche à la surface de la lame de verre et séchée rapidement. Les préparations ont été colorées par immersion dans une solution alcoolique saturée d'éosine, lavée à l'alcool et montée dans le baume. Le résultat a été négatif.

Ensemencement. — L'épanchement articulaire a été ensemencé dans tous les milieux nutritifs en usage dans les laboratoires (gélatine ordinaire, solution de peptone à 1 %, gélose, bouillon, gélatine sucrée, gélose recouverte d'une mince couche de sang humain, sérum gélatiné, sérum d'acide liquide, pomme de terre, décoction de Touraillon). Tous ces milieux sont sans aucune exception demeurés stériles. Nous n'avons pas été plus heureux avec les ensemencements pratiqués cependant dans l'infusion de Baille (procédé de Peyrot pour la culture des amibes de la dysenterie). Enfin les mêmes résultats négatifs ont été obtenus avec des ensemencements pratiqués à l'abri de l'air soit en bouillon, soit en lait.

Inoculation. — Trois lapins ont reçu chacun : l'un sous la peau de l'abdomen, l'autre dans l'articulation du genou, le troisième dans le rectum, deux centimètres cubes du liquide articulaire. L'examen le plus attentif n'a pas décelé chez eux le moindre symptôme morbide.

Deux rats inoculés sous la peau avec un centimètre cube du liquide n'ont présenté aucune réaction.

OBSERVATION II

V..., soldat ayant sept mois de service à la 21^e section d'infirmiers militaires, cultivateur avant l'incorporation. Aucun antécédent héréditaire ni personnel intéressant à signaler. Il n'a jamais été malade ; il n'est pas rhumatisant et n'a jamais contracté de maladies vénériennes.

Il entre le 2 juin à l'hôpital du Belvédère pour une dysenterie d'intensité moyenne survenue la veille brusquement ; vingt selles par jour (raclures de boyaux). Douleurs abdominales ; épreintes, ténésme. Pas de fièvre. Bon état général.

Traitement. — Diète lactée et sulfate de soude en doses fractionnées.

Une grande amélioration ne tarda pas à se faire sentir ; les selles devinrent fécaloïdes, puis pâteuses. Une selle moulée le 10 juin ; le malade se lève et commence à être alimenté.

Le lendemain il ressent, comme la première fois, une douleur sourde sur laquelle, par intervalles, se greffent de lancées. L'articulation n'est le siège d'aucune rougeur, d'aucun gonflement. Le malade ne s'occupe pas à attirer l'attention sur ces symptômes ; il est fait sortant le 14 juin et reprend son service.

Cependant les douleurs du poignet droit deviennent plus vives.

Le 16 juin l'épaule droite se prend, puis le 18 l'articulation tibio-tarsienne gauche, et le malade rentre à l'hôpital à la date du 20.

Aux jointures précitées, la douleur revêt franchement le caractère de brisure, caractéristique du rhumatisme articulaire aigu et constitue de beaucoup le symptôme prédominant. Le gonflement est très léger. La peau ne présente aucune modification de température ni de coloration. Les mouvements sont très limités à l'épaule, la douleur et le gonflement sont exactement localisés à l'articulation acromio-articulaire.

L'articulation scapulo-humérale est indemne. Il n'existe aucune manifestation du côté du cœur et des séreuses. Pas de fièvre. Aucun phénomène général. La dysenterie n'a fait aucun retour offensif.

Application de teinture d'iode, pansements ouates, immobilisation, antipyrine 4 grammes par jour.

24 juin : les douleurs s'amendent sous l'influence de l'antipyrine, les mouvements articulaires sont toujours bridés.

28 juin : amélioration bien nette ; l'affection ne se traduit plus que par un peu de gêne fonctionnelle. L'antipyrine est continuée à la dose de 4 grammes.

2 juillet : l'articulation tibio-tarsienne droite est douloureuse, les mouvements y sont très limités et provoquent l'exaspération de la douleur. Comme aux articulations pré-

cédemment atteintes le gonflement est très minime. La peau ne présente aucune modification; la douleur est de beaucoup le symptôme prédominant. Jusqu'ici le contraste entre le rhumatisme polyarticulaire, aux articulations à peine enflées, mais douloureuses, et l'arthrite à grand épanchement du malade précédent, paraît frappant. Cependant le 5 juillet V... accuse, dans les deux genoux, une douleur analogue à celles qu'il a ressenties antérieurement dans les autres articulations.

Le lendemain, la douleur a presque complètement disparue, mais les deux articulations sont distendues par une quantité de liquide très considérable. Les genoux sont arrondis, globuleux.

Les culs-de-sacs sous-tricipiteux font sous la peau un relief très accusé. Le choc rotulien est de plus en plus net et maintenant cette double arthrite présente à l'arthropathie de M... la plus grande analogie. Pas de fièvre, excellent état général.

Badigeonnages de teinture d'iode, bandages compressifs, immobilisation dans une gouttière. Antipyrine 4 grammes par jour.

Le jour suivant, le malade n'a aucune douleur, mais le 13 juillet on constate que le liquide, au lieu de diminuer, augmente dans de proportions notables. Les genoux sont énormes. L'impossibilité d'obtenir, par le choc rotulien, le contact de la rotule aux condyles, s'observe comme chez le malade de la première observation. V..., qui a vu chez son camarade la bénignité et inocuité de la ponction articulaire, sollicite lui-même l'opération.

Le 15, on retire du genou gauche 60 cc. et du genou droit 30 cc. d'un liquide blanc, filant, presque transparent, très analogue au premier liquide de M... Le liquide du genou droit est destiné à l'analyse chimique; celui du genou gauche à l'analyse bactériologique.

Pansements ouatés compressifs, immobilisation.

Le lendemain, le malade n'accuse aucune douleur, pas d'élévation de la température.

Le 25 juillet, le pansement est enlevé et on constate que le liquide ne s'est pas reproduit, il est même complète-

ment résorbé. Les mouvements spontanés s'effectuent avec leur habitude normale et sans provoquer la moindre douleur.

Le 30 juillet, le malade obtient la permission de se lever.

Le 8 août, il sort de l'hôpital absolument guéris et reprend immédiatement son service, qu'il effectue sans aucune interruption jusqu'au 29 septembre.

A cette époque, il part aux grandes manœuvres et la guérison se maintient malgré un surcroît de fatigues considérable. Au retour, il n'existait pas le moindre épanchement articulaire.

Libéré du service, le malade a été perdu de vue.

Examen bactériologique. — Le liquide retiré du genou de V... a fait l'objet des mêmes recherches que le liquide obtenu chez le malade de notre première observation. Il a été examiné au microscope, soit à l'état frais, soit après coloration ; il a étéensemencé dans tous les milieux nutritifs en usage de laboratoire. Il a été inoculé aux animaux par diverses voies. Les résultats ayant été de tous points identiques à ceux obtenus dans notre première observation, il nous suffira de les énoncer brièvement.

On n'a pas trouvé de formes amibiennes ni microbiennes.

Les éléments cellulaires rencontrés sont des leucocytes vulgaires et des cellules endothéliales, plates, quelques-unes vacuolées ou semées de granulations graisseuses. Tous les ensemencements sont demeurés stériles.

Les inoculations aux lapins, rats, cobayes, par voie sous-cutanée ou intra-péritonéale ou rectale, n'ont fournis aucun résultat.

CHAPITRE III

A) **Diagnostic.**

L'arthrite dysentérique est une maladie, comme nous l'avons dit plus haut, bien nette, avec des symptômes très caractéristiques ; elle diffère essentiellement des autres affections articulaires citées au cours de notre étude. Spécialement, ici, nous nous bornerons à examiner son diagnostic différentiel avec le rhumatisme articulaire aigu, qui pourrait quelquefois éclater au cours de la dysenterie.

L'arthrite dysentérique diffère du rhumatisme articulaire aigu presque par tous ses symptômes :

a) L'arthrite dysentérique ne survient qu'en présence de la dysenterie, dont elle n'est qu'une complication. « Sans dysenterie, point d'arthrite dysentérique ».

Au contraire, le rhumatisme articulaire aigu est une maladie indépendante et non une complication ; elle peut toutefois survenir et coexister avec la dysenterie, comme avec une autre affection quelle qu'elle soit.

b) Le début de l'arthrite dysentérique est lent et très insidieux, comme nous avons vu au chapitre de sa symptomatologie. Au contraire, le début du rhumatisme articulaire aigu est brusque. Quelquefois,

même, dans l'espace d'une seule nuit, toutes les articulations sont prises et le malade reste fixé au lit; le moindre mouvement lui imprime de fortes douleurs.

c) L'arthrite dysentérique est une maladie habituellement apyrétique; il y a pourtant quelquefois une légère hyperthermie, ne montant cependant pas au-dessus de 38°5 ou 39°, sauf en cas d'exception. Dans le rhumatisme articulaire aigu, au contraire, la fièvre monte facilement à 40° avec une faible rémission matinale.

d) Les sueurs, dans l'arthrite dysentérique, ne viennent pas par poussées. Elles n'ont pas une odeur caractéristique. Dans le rhumatisme, au contraire, les sueurs sont profuses et abondantes, le lit du malade est mouillé; elles sont caractérisées d'une odeur forte qui est due à leur grande acidité.

e) Dans l'arthrite dysentérique rarement plusieurs articulations sont prises à la fois; habituellement ce sont seulement les deux genoux; il n'y a pas une tendance à la généralisation ni de mobilité excessive des arthropathies. Dans le rhumatisme articulaire aigu, au contraire, on peut avoir plusieurs articulations prises à la fois; il y a une mobilité caractéristique « le rhumatisme se promène facilement ». Notons, en plus, sa tendance à la généralisation.

f) Pour avoir une nouvelle poussée d'arthrite dysentérique, il faut que le malade soit atteint de nouveau de la maladie causale, la dysenterie. Pour le rhumatisme, rien de semblable; sa première poussée suffit pour que des récidives soient fréquentes.

g) La complication articulaire de la dysenterie, à part peut-être quelques autres complications dépendant de l'organisme même, ne demande pas habituellement, comme causes occasionnelles le froid ou l'humidité. On sait qu'on observe habituellement des cas d'arthrite dysentérique dans les salles chauffées des hôpitaux sur des malades qui ne se sont encore jamais levés de leur lit depuis le commencement de leur dysenterie. C'est justement le contraire pour le rhumatisme sur lequel on connaît l'influence climatérique et surtout celles du froid et de l'humidité, ses causes par excellence occasionnelles.

h) L'arthrite dysentérique n'est jamais accompagnée ou suivie de complications du côté du cœur, des poumons et des autres organes, Le rhumatisme, au contraire, comme on le sait, est la maladie par excellence, qui occasionne des complications du côté du cœur (lésions valvulaires spécialement); en plus il provoque des complications pulmonaires, des artérites, des angines, des éruptions cutanées et du rhumatisme cérébral, maladies qui ne viennent jamais compliquer l'arthrite dysentérique.

i) L'arthrite dysentérique ne laisse presque jamais ses traces à l'articulation; après la guérison, les mouvements des articulations sont parfaits et intacts, malgré qu'il y ait eu un épanchement, parfois même très abondant. Au contraire, le rhumatisme laisse des ankyloses partielles ou totales et déforme les articulations,

j) Les expériences de Mignotte ont démontré que le salicylate de soude, médicament spécifique du rhu-

matisme articulaire aigu influence peu ou pas du tout l'arthrite dysentérique.

B) **Traitement.**

Le traitement de l'arthrite dysentérique est surtout symptomatique. Il ne faut pas oublier de continuer le traitement de la maladie causale, de la dysenterie. Il sera donc dirigé : 1° contre la dysenterie ; 2° contre l'arthropathie

Pour le traitement de la dysenterie même, nous n'insisterons pas beaucoup dans ce travail ; nous nous bornerons de signaler le traitement par les lavages oxygénés, les légers purgatifs, l'émétine, l'ipéca et enfin le sérum antidysentérique.

Le traitement de l'arthrite dysentérique consiste :

1° A l'immobilisation de la jointure atteinte qui sera enveloppée dans l'ouaté et, au besoin, immobilisée dans la gouttière.

2° Les douleurs excessives de l'articulation seront traitées et combattues par les applications de baume tranquille laudanisé et par l'administration à l'intérieur de l'aspirine à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes par jour.

3° L'inflammation locale sera traitée par des badigeonnages à la teinture d'iode faible, par l'application d'un vésicatoire et par des pointes de feu. Si l'épanchement articulaire est considérable, il faut procéder à la ponction, en suivant rigoureusement toutes les règles de l'asepsie et antisepsie. Après la ponction, le membre sera de nouveau enveloppé de coton et immobilisé dans la gouttière.

Il faut noter que Remlinger considère la ponction comme le traitement idéal.

4° L'administration de salicylate de soude ne nous paraît pas nécessaire; on peut l'administrer, quelquefois à titre d'essai, mais malheureusement elle reste le plus souvent sans action.

Au contraire, il faut essayer toujours l'administration de l'iodure de potassium, qui paraît jouir d'une action certaine et paraît aider à la résorption du liquide épanché.

5° Les atrophies musculaires et les très rares ankyloses partielles seront traitées par l'électricité, la mécanothérapie et les massages.

6° Administration de toniques et reconstituants pendant la convalescence.

CHAPITRE IV

Discussion pathogénique.

Quelle est la pathogénie de l'arthrite dysentérique?

Ne nous dissimulons pas que notre tâche, de mettre un peu de lumière sur cette question, nous paraît extrêmement difficile. Vraiment nous n'avons point la prétention, par cette étude, d'éclaircir une question pareille, sur laquelle maintes théories ont été émises; mais nous tacherons d'y mettre, dans la mesure de notre possible, un peu d'ordre dans ce véritable chaos.

1° L'arthrite dysentérique est-elle une complication?

Est-elle un rhumatisme articulaire aigu ou encore une arthrite due à un accident sérique?

2° Si l'arthrite dysentérique dépend de la dysenterie, dont elle ne serait qu'une complication, qu'elle est la nature de cette complication? Est-elle une métastase? un reflexe? le résultat d'une prédisposition? une septicémie ou, enfin, une infection?

Voilà autant de questions qu'il faut examiner.

Commençons donc cette étude par la première question et examinons si l'arthrite dysentérique est un

rhumatisme. C'est la question la plus intéressante à examiner. Plusieurs anciens auteurs n'acceptant point l'existence de l'arthrite dysentérique, la considéraient comme un rhumatisme articulaire aigu. Stoll, même, poussait encore cette ressemblance et admettait que dysenterie et rhumatisme étaient la même maladie causée par le même agent pathogène.

Voilà comment Stoll explique sa théorie : Il admet que le rhumatisme et la dysenterie ne sont qu'une maladie unique qui, selon les circonstances, se présenterait tantôt sous la forme de la dysenterie, tantôt comme un rhumatisme. Il n'y aurait point eu de début fixe par tel ou tel tableau symptomatologique, la maladie pouvant commencer comme dysenterie et se terminer comme rhumatisme et *vice-versa*. Quelquefois il y aurait les deux tableaux à la fois et, dans des cas exceptionnels, ces derniers pourraient s'échanger alternativement.

Comme on le voit, cette théorie n'admet pas l'existence de l'arthrite dysentérique, qu'elle assimile au rhumatisme, en formant ainsi une maladie unique avec la dysenterie. Mais, comme on peut le voir dans notre chapitre précédent, l'arthrite dysentérique est une maladie qui diffère complètement, au point de vue symptomatologique et clinique, du rhumatisme articulaire aigu. En plus, le traitement au salicylate de soude n'influence presque pas l'arthrite dysentérique.

En somme, le tableau de cette affection diffère essentiellement du rhumatisme ; donc la théorie de l'identité de cette affection et du rhumatisme tombe

d'elle-même, étant donné qu'on se trouve devant deux tableaux cliniques bien distincts.

Quant à l'identité du rhumatisme, de la dysenterie et de sa complication articulaire en une maladie unique présentant trois tableaux cliniques, nous n'avons pas grand chose à en dire : Nous nous contentons seulement de signaler que : 1° l'arthrite dysentérique est une complication de la dysenterie, coïncidant toujours avec son épidémie, ne se présentant jamais dans l'épidémie de rhumatisme et ne dépendant point des causes climatiques, comme le rhumatisme ; 2° Si la dysenterie, sa complication articulaire et le rhumatisme n'étaient qu'une même maladie, dans les épidémies de la dysenterie, on aurait plus de cas d'arthrite dysentérique qu'on n'en a noté jusqu'à présent ; 3° au cours du rhumatisme on aurait observé des cas de dysenterie alternant avec lui, chose qui n'est jamais arrivée.

L'arthrite dysentérique est-elle un accident provoqué par le sérum antidysentérique, est-elle un accident sérique ?

Depuis la découverte du sérum antidysentérique, plusieurs auteurs émirent l'idée que l'arthrite dysentérique ne serait autre chose qu'un accident sérique. Pour soutenir cette hypothèse, ils accourent au mécanisme de la production des autres accidents sériques. Dans le sérum animal il y a des substances qui sont toxiques pour le sang hétérogène ; si la substance toxique est injectée dans ce dernier, elle provoque la formation des anticorps, qui ont comme rôle principal de neutraliser l'action nuisible des substances toxiques injectées

Donc, la neutralisation dans le genou, par exemple, de ces substances nuisibles, par précipitation causée par les anticorps du sang de l'injecté, provoquerait la localisation articulaire.

Peut-on admettre cette théorie pour la dysenterie applicable pour les autres accidents sériques, comme par exemple l'urticaire? Notre modeste expérience ne nous permet pas d'entrer dans les détails sur la production de divers accidents sériques, mais nous ne pouvons pas admettre l'arthrite dysentérique, toutefois comme un tel, étant donné que son existence a été signalée bien avant la découverte du sérum antidysentérique.

Dans toutes les épidémies survenues jusqu'à présent, on a signalé des cas d'arthrite dysentérique, comme on peut le voir dans notre chapitre d'histoire. La plupart de ces cas ne peuvent nullement être considérés comme des accidents sériques, puisque les malades n'ont pas été traités par le sérum antidysentérique, n'existant même pas, en ce moment-là, comme spécialement on peut le constater dans les deux observations citées au cours de notre étude, de M. le Dr Remlinger. Ne peut-on encore s'étonner, en acceptant cette théorie, de voir que le tableau symptomatologique de cette affection ressemble étrangement avec cette nouvelle maladie, l'arthrite sérique due au traitement sérique?

Maintenant, entrons dans la troisième hypothèse, qui nous paraît être plus importante. Si l'arthrite, survenant au cours de la dysenterie, est une complication pure de la dysenterie, quelle est alors la nature de cette complication?

Comme nous l'avons mentionné ailleurs, plusieurs théories ont été émises pour expliquer cette question extrêmement importante.

C'est une métastase, nous disent, en suivant les idées d'Hippocrate, Zimmermann, de Berne, Lépecq de la Cloture, Vigne, Trousseau et autres; le résultat d'une prédisposition, nous dit Thomas, de Tours; un réflexe, nous dit Huette; le résultat d'une septicémie, nous dit Tétu; une infection par le microbe de l'intestin, nous dit Chauffard.

Laquelle de toutes ces théories devons-nous adopter?

Toutes renferment une partie de vérité, mais tellement cachée au fond des idées plus ou moins erronées qui dominent chaque théorie, que c'est avec une difficulté énorme qu'on peut s'en apercevoir.

Passons d'abord en revue le résumé de chacune de ces théories, que nous reproduisons d'après les articles publiés par ces auteurs.

1^o THÉORIE MÉTASTATIQUE. — C'est la théorie la plus ancienne. Hippocrate, le premier avait pensé, que le flux dysentérique, s'arrêtant intempestivement, peut provoquer des arthrites. Zimmermann, Lépecq de la Cloture, Vigne, Fallot, Trousseau plus tard, acceptèrent comme cause déterminante de l'arthrite dysentérique, l'arrêt brusque du flux dysentérique, à la suite d'une mauvaise médication.

D'après cette théorie, il y aurait formation d'une métastase dysentérique dans les articulations.

Comment se produirait-elle cette métastase ?

C'est justement là que les auteurs de la théorie métastatique ne nous donnent aucune explication, en se bornant à énumérer les causes occasionnelles, comme par exemple, les variations climatériques et surtout la mauvaise médication.

Les médicaments arrêtant la dysenterie dans l'intestin la feraient passer dans les jointures.

Dans le chapitre de l'Histoire nous donnons quelques lignes du traité de Zimmermann, où cet auteur prouve par ses observations le résultat fâcheux de l'arrêt brusque du flux dysentérique, par suite d'une médication astringente.

2^o THÉORIE DE LA PRÉDISPOSITION AUX ARTHROPATHIES. — Cette théorie a été émise par Thomas de Tours. Cet auteur soutenait que pour avoir une arthrite dysentérique, il faut qu'il y ait une prédisposition de l'articulation à la phlégmasie et même il craignait tellement cette complication, qu'il conseillait de prendre toujours des précautions sévères pour l'éviter. « Les articulations, disait-il, étant disposées sympathiquement à l'inflammation par l'effet seul de l'existence de la dysenterie, il faut prendre des précautions pour éviter une arthrite. ».

Les causes de cette complication seraient les plus légères, comme par exemple, le froid ou l'arrêt brusque du flux dysentérique. « Pendant l'existence de la dysenterie, les articulations sont susceptibles d'être frappées d'inflammation sous l'influence de la cause la plus légère ».

Il faut noter que d'après cette théorie, l'attaque

de l'articulation prédisposée serait de nature sympathique et non due à la même cause que la dysenterie.

« L'irritation sympathique de l'articulation est si évidente au cours de la dysenterie, qu'il suffit pour qu'elle devienne le siège d'une violente phlegmasie, ou que le flux dysentérique cesse instantanément, ou que l'articulation soit soumise à l'action du froid », nous dit Thomas de Tours, à propos de causes occasionnantes.

En résumé, cette théorie considère l'arthrite dysentérique comme une maladie bien distincte du rhumatisme articulaire et exige une prédisposition articulaire; elle considère en plus comme cause occasionnante de cette affection l'arrêt brusque du flux dysentérique ou le froid.

3° THÉORIE RÉFLEXE. — Cette théorie a été émise par Huette. Cet auteur soutient que l'arthrite dysentérique n'est qu'un réflexe dû aux lésions dysentériques de la muqueuse intestinale, sous l'influence d'une constitution médicale particulière et de conditions épidémiques inconnues.

Il prouve d'abord la question par des exemples, sur la pathogénie humaine et vétérinaire, de l'existence de lésions articulaires pendant la phlegmasie de différentes muqueuses.

Son premier exemple est l'arthrite blennorragique, due à l'inflammation de la muqueuse uréthrale. Puis il cite les arthrites de poulains et de jeunes veaux dues aux lésions intestinales.

« L'arthrite de jeunes veaux et de poulains, décrite par Dawer, reconnaît souvent comme cause un mauvais état des voies digestives. Résultat du lait vicié des mères. »

Les arthrites de vaches, après la parturition, serait dues à l'inflammation de la muqueuse utérine, qui naît après parturition laborieuse. On a des arthrites des articulations tibio-tarsiennes et de celles des phalanges, qui sont prises d'un rhumatisme, d'une émigration très limitée.

Les lésions donc articulaires sont placées d'après cette théorie sous la dépendance d'un état pathologique des muqueuses. « Cette complication, dit-il à propos de lésions dysentériques de la muqueuse intestinale, est si étroitement liée à l'inflammation intestinale, que nous dirions volontiers, comme Fournier, à propos de l'arthrite uréthrale : « Sans dysenterie, point d'arthrite dysentérique ».

Quant à la pathogénie de ces complications, Huette pense à un réflexe.

« Il faut admettre entre les différents tissus une connection sympathique, susceptible de produire sous l'influence de conditions générales et individuelles (constitutions médicales et diathèses), un réflexe. »

Ces conditions générales ne seraient pas dues en tous cas à l'influence rhumatismale, mais à une influence spéciale, par suite de conditions épidémiques encore inconnues.

L'influence de la constitution médicale jouerait donc, d'après cette théorie, un grand rôle.

« Nous admettons, dit Huette, l'influence de constitutions médicales particulières imprimant à la dysenterie régnante un caractère arthritique et favorisant l'éclosion du rhumatisme, qui se développe alors avec plus ou moins d'intensité en raison de la spontanéité individuelle. »

4° THÉORIE SEPTIQUE. — Cette théorie a été émise par Tétu dans sa thèse inaugurale. Cet auteur attribue les manifestations articulaires, au cours de la dysenterie, à une intoxication de l'économie par les produits de la suppuration.

L'affection pour Tétu n'est pas diathésique, mais septicémique. « Il suffit, dit-il, de la lésion spéciale de la muqueuse intestinale, dépouillée de son épithélium, souvent ulcérée et quelquefois gangrénée, pour produire cette infection générale, qui se traduira, en autres symptômes, par des manifestations sur des jointures. »

Tétu insiste dans sa théorie à ce que l'arthrite dysentérique n'est pas spécifique pour la dysenterie, mais elle est due à une intoxication pyohémique, par l'absorption du pus à travers l'épithélium lésé.

Il nous présente, comme exemple, les arthrites de l'état puerpéral et l'arthrite blennorragique.

Dans la blennorragie, comme dans l'état puerpéral, comme dans la dysenterie, il y a absorption du pus, qui n'est pas plus spécifique dans l'une que dans l'autre de ces affections; il y a intoxication pyohémique.

5° THÉORIE INFECTIEUSE. — C'est Bouchard, le

premier, et plus tard Remlinger, qui émirent l'idée, que l'arthrite dysentérique ne serait qu'une infection due aux microbes et parasites de l'intestin. Ces auteurs admettent cette infection sous deux formes : α , sous la forme d'infection directe par un parasite ou microbe de l'intestin tout à fait spécial et échappant à nos moyens de laboratoire ; et ϵ , sous la forme d'une infection de l'articulation par les toxines élaborées par les microbes ou parasites de l'intestin.

Remlinger même croit que les microbes appartiennent au groupe de coli. Cependant, il faut noter que les recherches entreprises spécialement par Remlinger n'ont rien donné de positif. Des animaux, tels que des lapins, des cobayes, des rats, des chiens, qui ont reçu dans le péritoine, dans les articulations ou sous la peau, du liquide articulaire n'ont présenté aucune réaction ; de même toutes les cultures sont restées stériles.

Comme on peut le voir, ces auteurs émirent seulement l'idée de l'infection, sans pouvoir indiquer son agent.

Voilà l'exposé de toutes les théories émises pour expliquer la nature pathogénique de la complication articulaire de la dysenterie. Maintenant, laquelle de toutes ces théories devons-nous admettre ?

Nous le répétons une fois encore, presque toutes renferment une partie de vérité, mais les idées erronées y dominent.

La théorie de métastase émise, comme nous l'avons vu plus haut, par Hippocrate, et plus tard développée par Zimmermann, Lépecq de la Cloture et autres

jusqu'à nos jours admet l'arrêt brusque du flux dysentérique dans l'intestin et son passage dans les articulations.

Le flux dysentérique, croyons-nous, n'est que le résultat d'une inflammation intestinale due à l'action des microbes et parasites, agents de la dysenterie. La médication donc agissant sur ce flux et le diminuant ne fait qu'agir sur la cause qui le provoque, c'est-à-dire sur les microbes et les parasites de la dysenterie; mais alors on ne voit pas pourquoi il y aurait une métastase, une fois que la cause productrice de la maladie initiale est efficacement combattue.

Si cette théorie voulait exprimer par le mot métastase le passage de microbes ou de toxines dans les jointures à travers les parois d'une muqueuse intestinale rendue sensible par une mauvaise médication, on pourrait l'admettre comme possible; mais c'est difficile, voire même illogique de concevoir ce passage du flux même dans les articulations.

La théorie de la prédisposition à l'arthropathie ne nous explique que très incomplètement la pathogénie de l'arthrite. Les traumatismes articulaires peuvent être une cause occasionnante comme d'ailleurs tant d'autres, à la manifestation articulaire, mais toutes ces causes ne constituent point à elles seules la cause unique, pathogénique de la complication articulaire au cours de la dysenterie.

La loi du *Locus minoris resistanciae* est applicable dans les localisations de plusieurs maladies. Les tumeurs blanches, par exemple, du genou apparaissent

très fréquemment après un traumatisme articulaire accidentel chez un tuberculeux ganglionnaire, etc., mais cette loi n'explique point la nature pathogénique de la localisation.

La théorie réflexe, très curieuse, attribue les phénomènes articulaires à un réflexe, dont le point de départ serait la muqueuse intestinale enflammée. Cette théorie se base sur des exemples, on peut dire, inexacts, comme par exemple l'arthrite blennorragique et l'arthrite de poulains. Tout le monde connaît actuellement que l'arthrite gonococcique n'est point un phénomène réflexe, dont le point de départ serait la muqueuse urétrale, mais bien une infection nette, due aux gonocoques, agents de l'urétrite blennorragique, ou à leurs toxines. Quant à l'arthrite des animaux, due au lait ou à une parturition laborieuse, il est plus logique de l'attribuer à une infection soit intestinale, soit puerpérale, au lieu de chercher des explications nerveuses tout à fait hypothétiques, et extrêmement difficiles à concevoir.

La théorie septique attribue les phénomènes articulaires à l'absorption du pus au niveau de la muqueuse intestinale. La septicémie donc serait sa conséquence. Mais la septicémie, croyons-nous, est une complication grave et qui ne se borne pas seulement à provoquer une arthrite sèche ou séreuse, mais jamais purulente. D'ailleurs on n'a jamais rien trouvé dans le liquide articulaire. Les inoculations, les examens et les cultures, comme nous l'avons déjà noté, sont restés toutes négatives.

Il nous reste donc à examiner la théorie infectieuse ;

c'est la seule qui nous paraît être la plus logique, mais qui malheureusement n'est pas encore confirmée par le laboratoire.

Le point essentiel dans l'arthrite dysentérique est l'existence de l'inflammation intestinale due aux microbes et parasites spécifiques de la dysenterie et dont l'action est augmentée par le concours des microbes et autres parasites habitant l'intestin.

On connaît parfaitement, à présent, l'action double de différents microbes ; ils agissent par leur présence même, ou à distance, par les toxines, qu'ils sécrètent. Laquelle de ces deux actions est applicable pour expliquer la production de l'arthrite dysentérique ?

Jusqu'à présent on ne peut pas dire que ce sont les corps mêmes microbiens qui provoquent cette arthrite, à moins qu'il y ait un microbe spécial échappant à nos moyens de laboratoire. Les travaux de Remlinger à ce point de vue sont très clairs ; plus normal donc nous paraît d'admettre l'action pathogène à distance de toxines élaborées par les microbes et parasites de l'intestin.

CONCLUSIONS

I. — On constate parfois dans la dysenterie des manifestations articulaires qui sont sous la dépendance directe de la maladie.

II. — Elles diffèrent essentiellement du rhumatisme articulaire aigu par presque tous leurs symptômes.

III. — L'arthrite dysentérique ne saurait être un accident sérique, étant donné que son existence remonte beaucoup plus haut que la découverte du sérum antidysentérique.

IV. — La pathogénie de l'arthrite dysentérique paraît être due à l'action des microbes et parasites de l'intestin; cette action ne paraît pas être directe, mais elle est sans doute due à l'action de toxines élaborées au niveau de la muqueuse intestinale par ces microbes et parasites.

Vu : *Le Président de la thèse,*
COLLET.
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon le 14 mai 1919.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
E. DEPÉRET.

BIBLIOGRAPHIE

- ALVAREZ Y CAMAS. — La dysenterie. (Thèse de Paris, 1897.)
- BARRALIÈRE. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, article sur la dysenterie, tome II.
- BOUCHARD et BRISSAUD. — *Traité de médecine*, 1905, 4^e volume.
- BROIDO. — Les dysenteries. Etude critique. (Thèse de Paris, 1903.)
- BERTRAND. — Relations d'une épidémie de dysenterie. (Thèse de Paris, 1905.)
- BOURCEY. — Les arthrites infectieuses. (Thèse de Paris, 1885.)
- BÉRANGER-FERRAUD. — *Traité de la dysenterie*.
- COURTOIS-SUFFIT. — La dysenterie. (*Traité de médecine* de Bouchard.)
- CATHALAT. — Les localisations articulaires dans la dysenterie. (Thèse de Montpellier, 1895.)
- CAMBAY. — *Traité de dysenterie*.
- CHAUFFARD. — Le rhumatisme articulaire et le pseudo-rhumatisme articulaire. (*Bulletin de médecine*, 1894.)
- DEWÈVRE. — *Archives générales de médecine*, 1886.
- DUPLAY (Simon) et RECLUS. — Arthrites infectieuses et inflammatoires, article de Lagrange. (*Traité de chirurgie*.)
- DOPTER. — *Précis de bactériologie*.
- DOPTER. — Les dysenteries et le choléra asiatique, 1915.
- FALLOT. — Recherches sur la dysenterie. (*Archives de médecine*.)
- FIALHO. — Les manifestations rhumatoïdes de la dysenterie. (Thèse de Paris, 1884.)
- FRADET. — Rhumatismes dysentériques. (Thèse de Paris, 1885.)
- FOLLIN et DUPLAY. — *Traité de pathologie externe*.
- FRANK. — *Médecine pratique*.
- GESLIN. — Observations sur une épidémie de dysenterie. (Thèse de Lyon.)
- GALDEMAR. — Thèse de Paris, 1896.
- HIPPOCRATE. — *Prénotions coaques*.

- HASPEL. — *Maladie de l'Algérie*, tome II, 1852.
- HUETTE. — Articles sur l'arthrite dysentérique. (*Archives générales de médecine de 1869*, tome XIV.)
- KELSCH et KENER. — Articles sur la dysenterie. (*Traité de médecine de Brouardel*.)
- , *Traité des maladies des pays chauds*.
- LAPERSONNE. — Arthrites infectieuses non tuberculeuses. (Thèse de Paris, 1886.)
- LARA. — Contribution à l'étude du pseudo-rhumatisme infectieux suppuré dans la dysenterie. (Thèse de Montpellier, 1899.)
- MIGNOTTE. — Arthropathie dysentérique. (Th. de Montpellier, 1890.)
- QUINQUAUD. — Articles sur les arthrites dysentérique. (*Gazette des hôpitaux*, 1874, nos 53, 56, 82, 83.)
- REMLINGER. — Contribution à l'étude de l'arthrite dysentérique. (*Revue de médecine*, 1898.)
- STOLL. — *Ratio medenti pars tertia*, 1787.
- SYDENHAM. — *Médecine pratique*, section IV, chapitre IV.
- TERRIER. — Traduction de la *Médecine pratique* de Stoll.
- TROUSSEAU. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 4^e édition, tome III, Paris, 1872.
- THOMAS DE TOURS. — Recherches sur l'arthrite dysentérique. (*Archives de médecine*, 1835, série II.)
- TÉTU. — Thèse inaugurale, 1883.
- VEILLARD. — Articles sur l'arthrite dysentérique. (*Traité de médecine de Brouardel*, p. 100.)
- VIGNE. — *Traité de dysenterie*.
- ZIMMERMANN. — *Traité de dysenterie*, traduction du latin de Lefèvre, Lausanne, 1874.
-

